

MÉNINGOENCÉPHALITE HERPÉTIQUE

Pauline Morel*, Sara Melboucy-Belkhir*, Arsène Mekinian*, Nicolas Javaud**, Olivier Fain*

* Service de médecine interne, ** Urgences, hôpital Jean Verdier (AP-HP), université Paris 13, 93140 Bondy, France.

melboucysara@yahoo.fr olivier.fain@jvr.aphp.fr

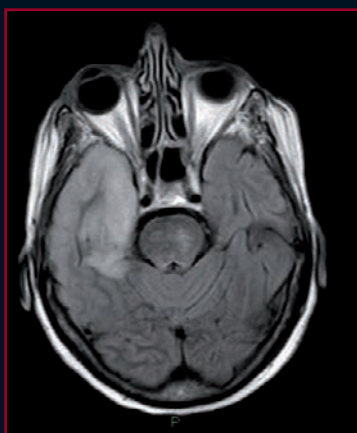


FIGURE 1

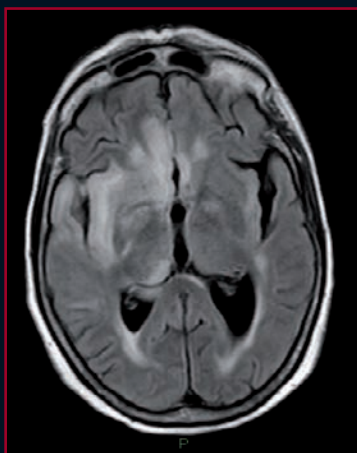


FIGURE 2

CETTE FEMME DE 71 ANS était hospitalisée pour un ralentissement psychomoteur évoluant depuis 3 jours. Elle avait une fièvre à 38,6 °C, une somnolence avec un score de Glasgow à 13 (E3, V4, M6), une raideur de nuque, une paralysie faciale centrale gauche et une parésie du membre supérieur gauche. Une crise convulsive tonicoclonique généralisée survenait 24 heures plus tard. La tomodensitométrie cérébrale était normale. La ponction lombaire révélait une méningite lymphocytaire (leucocytes 94/mm³, lymphocytes 100 %), avec normoglycorachie à 2 mmol/L (glycémie : 3,8 mmol/L) et hyperprotéinorachie (1,7 g/L). Un traitement par aciclovir et amoxicilline était débuté. L'IRM cérébrale montrait un hypersignal en séquence FLAIR dans les régions frontobasale, insulaire et temporale interne droites (fig. 1 et 2) et l'EEG des bouffées d'ondes aiguës mêlées à des rythmes thêta pseudopériodiques dans la région frontotemporale droite. La *polymerase chain reaction* (PCR) du virus Herpès simplex-1 (HSV-1) dans le liquide céphalorachidien (LCR) était positive à plus de 1990 000 copies/mL, confirmant le diagnostic de méningoencéphalite herpétique à HSV1. Après 21 jours d'aciclovir intraveineux (IV), les signes neurologiques initiaux régressaient mais persistaient un syndrome frontal et une épilepsie.

La méningoencéphalite à HSV-1 est rare : 1 à 3 cas/million d'habitants par an.¹ Sa mortalité en l'absence de traitement est de 70 %.² Elle doit donc être évoquée systématiquement devant toute symptomatologie neurologique et/ou psychiatrique aiguë fébrile. La ponction lombaire met en évidence habituellement une méningite lymphocytaire hyperprotéinorachique, normoglycorachique ; une hypoglycorachie a parfois été rapportée.³ L'IRM cérébrale montre précocement des lésions temporales uni- ou bilatérales, le plus souvent asymétriques. Le diagnostic de certitude repose sur la PCR du HSV-1 dans le LCR (sensibilité 96 %, spécificité 99 %),⁴ qui peut cependant être négative initialement, d'où l'intérêt d'une nouvelle ponction à J4 en cas de forte suspicion.⁵ Le traitement par aciclovir IV 10 mg/kg toutes les 8 heures doit être instauré en urgence, sans attendre la confirmation par la PCR, tout retard exposant à des séquelles neurologiques majeures ou au décès. La durée de traitement est de 21 jours. La mortalité et les séquelles à 6 mois sont néanmoins élevées chez les patients traités, respectivement, 15 % et 71 %.²

A. Mekinian, P. Morel, S. Melboucy-Belkhir, N. Javaud déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.
La déclaration d'O. Fain est consultable sur www.larevueudupraticien.fr

1. Hjalmarsson A, Blomqvist P, Sköldenberg B. Herpes simplex encephalitis in Sweden, 1990-2001 : incidence, morbidity, and mortality. Clin Infect Dis 2007;45:875-80.
2. Raschilas F, Wolff M, Delatour F, et al. Outcome of and prognostic factors for herpes simplex encephalitis in adult patients: results of a multicenter study. Clin Infect Dis 2002;35:254-60.
3. Davis R, Jeffery K, Atkins BL. Hypoglycorrhachia in herpes simplex encephalitis. Clin Infect Dis 2004;38:1506-7.
4. Tebas P, Nease RF, Storch GA. Use of the polymerase chain reaction in the diagnosis of herpes simplex encephalitis: a decision analysis model. Am J Med 1998;105:287-95.
5. Studahl M, Bergström T, Hagberg L. Acute viral encephalitis in adults-a prospective study. Scand J Infect Dis 1998;30:215-20.